FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 881

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Georges NADAL

Né le 22 Août 1922, à Saïgon (Cochinchine).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

-1 DEC 1948

SUR UN CAS D'OTO-ANTRITE DU NOUVEAU-NÉ SIMULANT UNE STENOSE DU PYLORE PUIS UNE OCCLUSION INTESTINALE

Président : M. LELONG, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

1 DEC 1979

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Georges NADAL

Né le 22 Août 1922, à Saïgon (Cochinchine).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

SUR UN CAS D'OTO-ANTRITE DU NOUVEAU-NÉ SIMULANT UNE STENOSE DU PYLORE PUIS UNE OCCLUSION INTESTINALE

Président : M. LELONG, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET.
Clinique des maladies infectieuses	DELAY.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies du système nerveux	BENARD (H.). LAROCHE (G.).
Cliniques médicales	HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET.
Clinique Stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (H.).
Pathologie chirurgicale	N.....

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. CORDIER (*Anatomie*), BULLIARD (*Histologie*), DESOILLE (*Méd. légale*), DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N... DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie méd.	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neuro-chirurgie	PUECH.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.).
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGUIER. LEGER.

	MM.
Pathologie chirurgicale	MERLE D'AUBIGNE. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. MENEGAUX.
Clinique médicale	BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	MM.
Clinique méd.	HAGUENAU. MOUQUIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaires en Chef	Dr A HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

In mémoriam.
Avec mon affectueuse reconnaissance.

A MON PERE

Avec toute ma reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LELONG

Professeur de la Chaire de Puériculture
Médecin des Hôpitaux

Dont les conseils ont permis la réalisation de ce travail.

Avec mes remerciements.

A Monsieur le Docteur R. JOSEPH

Avec mes remerciements.

A TOUS LES DOCTEURS
DE L'HOPITAL SAINT-VINCENT DE PAUL

Avec mes remerciements.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER.
In mémoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GASTINEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLONOVSKI.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FEY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIEDELIEVRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAVIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET.

Introduction

Depuis que les travaux des Professeurs Marcel LELONG, Ed. LÉVY-SOLAL, Raymand JOSEPH et Madame G. DEBAIN, parus dans la *Presse Médicale* du 19 janvier à propos de l'otite du nouveau-né, ses rapports avec le syndrome de dénutrition progressive du nouveau-né, ont attiré l'attention sur l'otite du nouveau-né, de nombreuses observations ont été publiées, et l'on sait maintenant combien déroutants sont les aspects cliniques de cette infection.

A l'occasion d'un cas observé dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur M. LELONG à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, nous voudrions montrer que chez le nouveau-né infecté présentant une otite la séméiologie peut presque se réduire à des vomissements simulant à s'y méprendre la sténose hypertrophique du pylore. La difficulté du diagnostic devient alors telle qu'on pense à tout sauf à l'infection souvent latente dans ses manifestations propres. Tout médecin non averti de la nécessité de l'examen complet systématique des nouveau-nés commet alors une erreur d'interprétation.

Nous tenons à remercier ici, Monsieur M. LELONG et ses collaborateurs proches pour l'aide apportée à la rédaction de cet exposé. Nous espérons ainsi attirer l'attention sur l'importance de penser toujours à l'otite du nouveau-né qui passe maintenant au premier plan de la pathologie infectieuse dans les premiers jours de la vie.

Observation

Du..., né le 28 mars 1948, à terme, avec un poids de naissance de 3 kg., 440. L'accouchement s'est bien passé, avec un travail de deux heures sans application de forceps. L'enfant a été ranimé par bains alternés. Il a crié au bout de cinq minutes environ.

Le nouveau-né a été nourri au sein pendant les quinze jours qui précédèrent son admission à l'hôpital. Le père et la mère sont en bonne santé. C'est un deuxième enfant, le premier parfaitement bien portant.

Il est amené d'urgence à l'hôpital le 13 avril au soir à l'âge de quinze jours pour vomissements abondants et répétés, en jets, depuis quatre jours. Il n'y avait pas de sang, ni de glaire, dans ces vomissements. L'enfant ne vomissait pas durant les premiers jours de sa naissance.

C'est un enfant très fatigué atteint de déshydratation profonde. Sa température est à 36°8. Il est passé aussitôt à la radioscopie le 13 au soir à 18 heures. On est frappé par l'existence d'une stase extrêmement importante, remplissant environ le quart de l'estomac.

Bien que l'examen ne montre aucune ondulation péristaltique, l'interne de garde pense à une sténose du pylore en raison de l'importance de la stase. D'autre part, l'intensité de la déshydratation et les vomissements répétés l'incitent à intervenir d'urgence.

L'intervention est pratiquée le 13 avril au soir : absence complète d'olive pylorique. Une sonde pylo-

rique passe facilement dans le duodénum. Aspiration duodénale puis fermeture aux crins perdus.

14 avril 1948.

L'enfant est envoyé par le chirurgien dans le service de médecine. Sa température est à 36°6; il pèse 3 kg., 070. Il est pâle, très déshydraté avec une fontanelle déprimée. Il y a un chevauchement des sutures du crâne.

La peau est ridée, frippée, gardant le pli. Le panicule adipeux a disparu sur l'abdomen et les membres inférieurs. Le cri est faible. Mais il n'y a aucun signe toxique, et en particulier, aucune fixité du regard. Le foie et la rate sont impossibles à explorer du fait du pansement. La gorge est un peu rouge, et on peut constater la présence d'un léger muguet; le reste de l'examen clinique, est négatif.

On pratique alors de parti pris un examen otoscopique qui montre un aspect catarrhal du tympan droit. Une paracentèse ramène du pus au niveau de l'oreille droite.

15 avril.

La déshydratation s'est encore accentuée malgré la disparition des vomissements et l'absence de diarrhée. L'enfant est prostré, très abattu, mais sans état toxique franc, en particulier sans fixité du regard.

On installe perfusion et oxygénothérapie.

16 avril.

L'enfant est de meilleur aspect. On poursuit la perfusion faite avec 200 cm^3 de liquide de Darrow et 200 cm^3 de sérum glucosé isotonique, soit 150 cm^3 de liquide par kg. de poids corporel et par vingt-quatre heures.

17 avril.

On arrête la perfusion, l'enfant étant infiltré. L' O. R. L. trouve un peu de sérosité et du sang au niveau de l'oreille gauche. Il y a donc bilatéralisation de l'otite maintenant évidente.

L'examen d'urine montre un peu d'albumine et quelques cellules épithéliales.

18 avril.

L'enfant pèse 3 kg., 230. Il a donc pris 160 grammes depuis le 14 avril 1948. Il est d'aspect satisfaisant. Il n'a pas de vomissement. On note trois selles depuis la veille. Il est mis au lait de femme et au babeurre.

19 avril.

Il y a une aggravation notable, l'enfant ayant perdu 300 grammes en flèche. La déshydratation est intense, pas de fièvre. Le fait nouveau est une distension considérable de l'abdomen qui est météorisé, tendu, et sillonné d'un fin lacis veineux sous-cutané. Par contre, les vomissements ont disparu et l'enfant à eu quatre selles normales.

L'examen otoscopique montre une rétention purulente de l'oreille droite. On fait à nouveau une perfusion d'urgence avec 200 gr. de plasma, 125 gr. de sérum glucosé et 125 gr. de liquide de Darrow pour les vingt-quatre heures.

20 avril.

La perfusion se poursuit avec 40 gr. de sang dilués dans 100 gr. de sérum salé, 100 gr. de sérum glucosé isotonique et 100 gr. de liquide de Darrow.

21 avril.

L'enfant est toujours perfusé. Son état général est satisfaisant. Il existe un tout léger œdème des membres

inférieurs et de la paroi abdominale. La suture cutanée de la laparotomie est désunie, mais le plan musculaire tient toujours. Mais cependant, l'abdomen reste considérablement ballonné.

22 avril.

On supprime la perfusion. L'enfant pèse 3 kg. 100 ayant ainsi pris 150 grammes avec la perfusion. Il est fatigué. Sa fontanelle est déprimée. L'infiltration œdémateuse moins importante persiste cependant. Ce qui frappe évidemment, c'est l'existence d'un ballonnement abdominal uniforme et important. L'enfant présente quatre vomissements d'un liquide jaune d'or. Il a cinq selles liquides.

On injecte un quart de cm^3 de prostygmine toutes les six heures pendant vingt-quatre heures.

23 avril.

L'aspect de l'enfant est inchangé, il reste très fatigué, mais ne présente toujours pas d'aspect toxique et il n'y a aucune fixité du regard. Le météorisme abdominal a diminué et l'enfant a quatre selles. Les anses intestinales sont senties à la palpation nettement distendues.

L'enfant est soumis à un *examen radiologique.*

Le cliché montre :

L'existence d'images hydro-aériques, disséminées sur tout le trajet du tube digestif.

1°. — Dans l'estomac, la poche à air distendue surmonte un niveau liquide important.

2°. — Des images hydro-aériques sont étagées sur le trajet du grêle.

3°. — Dans la partie inférieure de l'abdomen, des images hydro-aériques plus volumineuses occupent le

Figure 1

gros intestin. Par ailleurs, l'hyperclarté du côlon transverse qui paraît dilaté, souligne le contour de l'estomac et encadre la partie inférieure de l'opacité gastrique.

Malgré l'hypothermie à 36°, l'examen otologiste montre des altérations très importantes des tympans qui sont infiltrés des deux côtés. Dans ces conditions, on pratique une ponction d'antres.

Antre droit : l'aspiration ramène du sang. Il n'y a pas de blocage. Lavage à la pénicilline.

Antre gauche : l'aspiration ramène du sang. Le blocage est complet. Lavage à la pénicilline.

On laisse alors de chaque côté des trocarts à demeure par où l'on pratique des lavages à la pénicilline.

Ces plaques sont enlevées le 25 avril.

26 *avril.*

L'aspect de l'enfant s'est encore aggravé. La dénutrition est intense et confine à l'athrepsie. Mais il n'y a pas d'aspect toxique, en particulier, le regard reste vif et mobile. Il n'y a aucune somnolence.

Contrastant avec l'émaciation du faciès, du thorax et des membres, on est frappé par l'augmentation de volume de l'abdomen météorisé et parcouru d'un fin lacis veineux. L'enfant n'a eu aucun vomissement et, malgré le météorisme et l'aspect radiologique, il y a eu trois selles liquides dans les vingt-quatre heures.

La protidémie est à 67 mg.

On installe une troisième perfusion veineuse de vingt-quatre heures, avec 250 cm^3 de liquide de Darrow et 250 cm^3 de sérum glucosé isotonique.

Le lendemain, le Docteur LEMOINE pratique une antrotomie bilatérale. Des deux côtés, les lésions sont nettes avec fongosités et ostéite. On laisse ouvert à droite et on mèche à cause de l'hémorragie.

La perfusion se poursuit avec 150 cm^3 de liquide de Darrow et 150 cm^3 de sérum glucosé isotonique.

Les suites opératoires sont bonnes. La perfusion est enlevée le 30. L'enfant pèse 3 kg. 300 le 30 avril. Il va

Figure 2

perdre 50 gr. dans les quarante-huit heures qui suivent, puis la courbe de poids remonte par la suite régu-

lièrement et il pèse 3 kg. 500 le 4 mai, huit jours après l'antrotomie. D'autre part, la température, qui reste au-dessous de 34° jusqu'au 4, remonte à 37° à cette date et s'y maintient sans variation.

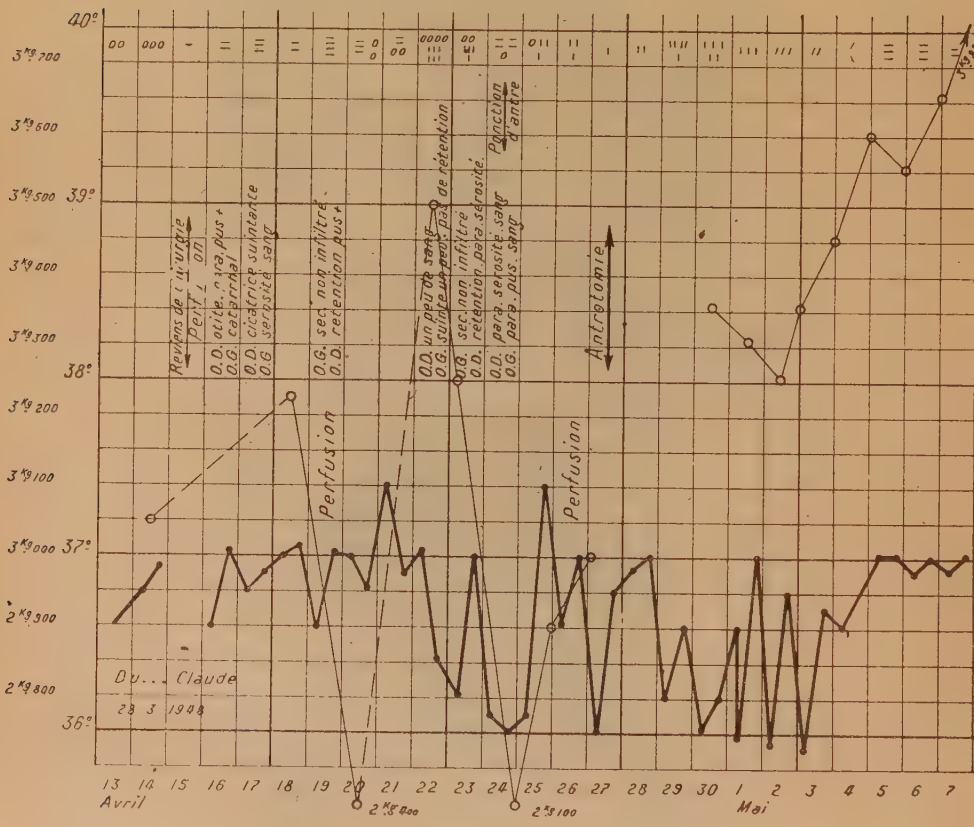

Figure 3

Mais le fait le plus frappant est la disparition du météorisme abdominal dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention. Un examen radiologique de contrôle du 8 mai 1948 montre la disparition des images hydro-aériques (cliché n° 2). L'appétit renaît et les fonctions digestives deviennent normales. L'enfant

sort guéri le 20 mai. Il a été revu récemment le 19 septembre 1948 en bon état de nutrition et pesant 5 kg.

En résumé, il s'agit d'une oto-antrite bilatérale chez un nouveau-né de quinze jours, qui a été marquée de bout en bout de son évolution par la prédominance de signes digestifs trompeurs.

Dans une première période, la symptomatologie a été celle d'une sténose du pylore. En effet, ce nouveau-né, qui n'avait jamais vomi jusqu'au onzième jour, a eu des vomissements de plus en plus fréquents, abondants, en jets, avec chute de poids et constipation. Bref, la symptomatologie complète d'une sténose pylorique avec son intervalle libre, ses vomissements, sa constipation. Augmentant encore la confusion, l'examen radioscopique montre une stase à jeun considérable, puisque d'après les parents, l'enfant n'avait rien absorbé dans les vingt-quatre heures qui avaient précédé l'examen radioscopique et, d'autre part, le niveau liquide atteignait une hauteur considérable dans l'estomac. Certes, il manquait un signe extrêmement important : il n'y avait pas d'ondulation péristaltique ni à la radioscopie, ni à l'examen clinique. Néanmoins, on ne peut guère blâmer le chirurgien d'avoir pratiqué d'urgence l'intervention, puisque d'une part tous les autres symptômes de la sténose étaient présents et que, d'autre part, le temps pressait, l'enfant étant déshydraté et vomissant tout.

Il est à noter d'ailleurs que l'intervention fut très bien supportée sans choc opératoire et qu'elle n'a nullement aggravé l'état de l'enfant.

Mais la symptomatologie digestive de cette oto-antrite ne s'est pas bornée à simuler la sténose du pylore. En effet, dans un second temps, les accidents observés ont été ceux du syndrome météorisme abdo-

minal avec niveaux liquides étagés sur lesquels M. Lévesque a récemment attiré l'attention. Au trentième jour de la vie, ce nouveau-né a développé un météorisme très intense avec abdomen surdistendu, sillonné d'une fine circulation collatérale, sonore à la percussion, sans ondulation péristaltique. D'autre part, la radiographie montrait des niveaux liquides étagés depuis l'estomac jusqu'à la terminaison du gros intestin. Fait singulier et maintenant bien connu, ce syndrome qui, physiquement, rappelle tant l'iléus, ne s'est jamais accompagné d'arrêt des matières et des gaz. Le nouveau-né, qui vomissait beaucoup moins depuis l'intervention, sans que l'on puisse d'ailleurs expliquer cette modification, a continué à avoir quelques vomissements espacés, mais, à aucun moment, les vomissements n'ont été fécaloïdes ni même bilieux. Il s'agit donc d'un syndrome pseudo-occlusif.

L'antrotomie est venue donner, d'une manière quasi-expérimentale, la preuve que ce syndrome météorisme avec niveaux liquides, était intimement lié à l'existence d'une antrite. En effet, dix heures après l'intervention, l'abdomen est devenu plat à nouveau et quelques heures après, le contrôle radiologique a montré la disparition des images hydro-aériques.

Le syndrome météorisme abdominal, avec niveaux liquides, est maintenant bien connu au cours des infections parentérales et, notamment, au cours des oto-antrites des nourrissons. Mais notre observation nous paraît présenter le fait singulier suivant, c'est que, ce syndrome que l'on attribue aux désordres neuro-végétatifs provoqués par l'oto-antrite, et qui n'est qu'une des manifestations du syndrome neuro-toxique, est apparu ici d'une manière isolée à l'état pur et sans aucune des autres manifestations nerveuses du syndrome neuro-toxique. En particulier, nous y insistons, l'enfant n'a jamais eu la fixité du regard ni la som-

nolence qui caractérisent au premier chef le syndrome neuro-toxique. De la toxicose, ce nouveau-né n'avait que la déshydratation profonde. Mais, la seule manifestation neuro-végétative appréciable chez lui, n'a porté que sur le tube digestif : pseudo-sténose puis, dans un second temps, météorisme avec niveaux liquides. Il s'agit donc d'une forme mono-symptomatique, dissociée du syndrome neuro-toxique d'origine oto-antrale.

Enfin, nous voudrions insister sur la dernière particularité qui est l'allure si particulière du syndrome infectieux chez ce nouveau-né, pourtant atteint de lésions bilatérales très importantes. Il n'a jamais eu de fièvre, c'est tout au plus s'il a eu 37°2, 37°3 à deux reprises, le reste du temps l'hypothermie était manifeste, entre 36° et 36°5. Ce fait bien connu de la pathologie infectieuse du nouveau-né et du très jeune nourrisson, mérite d'être signalé à nouveau.

Symptomes digestifs au cours des oto-antrites du nouveau-né

Cette observation nous permet de préciser certains aspects de la séméiologie de l'oto-antrite du nouveau-né.

Il est inutile de revenir sur la *fréquence* de l'otite chez le nouveau-né. Dans leur travail original paru dans « *La Presse Médicale* » du 19 janvier 1946, les Professeurs Marcel LELONG, Ed. LÉVY-SOLAL, Raymond JOSEPH et Madame G. DEBAIN, basaient leur étude sur onze cas d'otite simple, observés en neuf mois à la clinique Beaudelocque et à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Bien que ce nombre soit peu démonstratif pour montrer la fréquence possible de cette infection, il est à noter que l'examen systématique des tympans des nouveau-nés aurait permis de dépister un certain nombre d'otites encore plus discrètes et qui ne se sont probablement révélées qu'à la sortie de la maternité.

MM. BARON et E. PLANSON, dans leur article du 27 septembre 1946, paru dans « *La Clinique* », sur l'otite du nouveau-né à la maternité, disent avoir observé, du 1er décembre 1945 au 1er mars 1946, 26 cas d'otite sur un total de 235 naissances. Le plus souvent, ce furent des otites simples qui, par une ou plusieurs paracentèses, ont évolué vers une atténuation rapide du ou des symptômes d'alarme et vers une guérison complète.

MM. Rivière, Chastrusse et Moure signalent, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* de novembre 1946, 30 nouveaux cas d'otite chez le nouveau-né.

MM. R. Boursier et Jacques Ducassou signalent aussi la fréquence assez grande de l'otite chez le nouveau-né, en faisant ressortir l'observation de 18 cas en sept mois, avec 7 morts, chiffre relativement important, puisque représentant 38,8 % de mortalité.

Il faut donc penser à l'otite du nouveau-né.

Bien que l'examen otoscopique soit difficile chez les tout-petits, il est seul en mesure de donner la clef du problème et de déterminer la nécessité d'une paracentèse.

A cet âge, les symptômes sont souvent extrêmement discrets. L'attention, à condition d'être en alerte, est retenue par une anomalie extrêmement discrète du comportement général. L'enfant boit moins bien, n'achève pas ses tétées et c'est tout. La conséquence se traduit sur la courbe de poids dont le tracé cesse brusquement de monter, décrit un plateau, ou même, s'infléchit, marquant une perte de 20 à 30 gr., un ou deux jours de suite. Plus rarement, le fléchissement pondéral est plus marqué et peut atteindre 100 gr. par jour. Il va s'accompagner d'un peu de pâleur et de vomissements, de modification des selles, qu'il ne faut pas se hâter d'attribuer à l'alimentation. Importante ou minime, une chute de poids survenant deux ou trois jours de suite chez un nouveau-né non sous-alimenté, qui vient à peine de regagner son poids de naissance, ou qui ne l'a pas encore retrouvé, ne doit jamais rester inexpliquée. Le tracé thermique n'est pas évocateur. A l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 6 des malades n'ont eu qu'une élévation thermique de quelques dixièmes, affleurant ou dépassant à peine 38°. Trois autres ont gardé une température normale à 37° (un

qui n'était pas débile, a fait brusquement une hypothermie à 35°2). Madame Marthe ERLICH, de Varsovie, pense que s'il y a fièvre, elle est plutôt due à la déshydratation de ces enfants qu'à l'otite elle-même et M. LELONG a souvent fait remarquer avec quelle rapidité un enfant soumis à un régime sec, donc déshydratant, faisait de la température.

Les modifications du tympan sont aussi discrètes que les manifestations cliniques. L'otoscopie est difficile chez le nouveau-né, dont le conduit déjà exigu est souvent encombré de produits de desquamations et dont la membrane tympanique est horizontale. Les altérations du tympan ne sont souvent que des nuances. Le spécialiste note des modifications qui dépassent rarement le stade catarrhal. Malgré tout, les tympans ne sont pas normaux et, chez un nouveau-né, qui boit mal et perd du poids, malgré un régime approprié, on doit pratiquer la paracentèse.

Une goutte de pus affirme parfois l'otite. Mais souvent la paracentèse ne retire qu'un peu de sérosité ou un peu de sang. Parfois, le tympan craque un peu moins que d'habitude. Mais, *à posteriori,* un fait capital vient démontrer la réalité de ces otites à symptomatologie minime, le redressement de la courbe de poids immédiatement après la paracentèse.

Inversement, l'incision faite à tort de tympans qui craquent sous l'aiguille, sans issue de pus, de sang ni de sérosité, ne modifie en rien les accidents cliniques imputables à une autre cause (hémorragie méningée, par exemple).

Si l'otite du nouveau-né est souvent presque asymptomatique, elle peut parfois revêtir une symptomatologie riche en troubles digestifs, au point de simuler une lésion organique du tube digestif. Notre observation devient un argument important en ce sens, puisque cet enfant atteint d'oto-antrite bilatérale, a pré-

senté des vomissements si importants, que le diagnostic de sténose du pylore a été posé.

MM. Baron et E. Planson, dans leur étude sur l'otite du nouveau-né à la maternité, en août 1946, signalaient que leur attention avait été frappée dans les vingt-trois cas d'otite parmi deux cent trente-cinq nouveau-nés par :

les vomissements dans six cas;
la diarrhée dans six cas;
la chute de poids dans cinq cas;
le palier pondéral dans quatre cas;
l'état toxique et les troubles associés dans deux cas.

Cette symptomatologie à prédominance de troubles digestifs et de troubles généraux leur fait penser à la diphtérie. Or, tous les ensemencements pratiqués ont été négatifs à l'égard du bacille de Loeffler. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis n'a été noté, (néanmoins dans deux cas où le poids du placenta était anormalement gros, ils ont ordonné des frictions mercurielles sans que ce traitement ait modifié l'allure générale de la maladie).

Si le syndrome infectieux atténué commence par des troubles digestifs avec surtout l'anorexie comme premier signe, puis un retentissement pondéral et, quelquefois, un petit fébricule tranchant sur une monothermie monotone, il n'en reste pas moins vrai que parfois les vomissements attirent en premier l'attention.

L'enfant rejette absolument tous ses repas. Ses vomissements sont variables en intensité et en abondance, mais non proportionnels à la gravité de l'infection. Il suffit de jeter un regard sur la série des vingt-trois observations publiées par Baron et E. Planson, pour comprendre l'importance des troubles digestifs

et, en particulier, des vomissements. Quand les vomissements surviennent à chaque tétée, on est attiré évidemment vers une erreur de régime, une tachyaérophagie, puis vers des lésions organiques du tube digestif.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que les signes d'infection sont larvés chez ces nouveau-nés. Chaque bébé présentera un mode réactionnel différent pour une cause identique. Tantôt, les signes sont extrêmement discrets, comme dans le muguet, tantôt, au contraire, le retentissement général est grave : état toxique ou syndrome de dénutrition progressive. D'autres fois, dans le syndrome infectieux atténué, les troubles digestifs prennent la première place. Evidente ou camouflée, l'infection amène un profond retentissement sur les fonctions digestives.

Dans tous ces cas, l'otoscopie systématique devrait au même titre que l'examen de gorge, passer dans la pratique courante des pédiatres. L'examen d'un tout-petit n'est jamais terminé, si l'on ignore l'état de ses tympans et, rappelons que, les modifications de la membrane, aussi minimes soient-elles, peuvent être mises en évidence au moment d'une manifestation clinique de l'infection parentérale du nouveau-né.

MM. Lévesque et R. Perrot, dans leur article du 28 novembre 1936, paru au *Bulletin Médical de Paris,* à propos des troubles digestifs et des états de dénutrition du nourrisson, secondaires à une infection parentérale, signalaient l'importance de penser à l'infection parentérale dans l'explication des troubles dyspeptiques de cet âge. Ils avaient remarqué, à côté des importants symptômes que constituent la diarrhée, le syndrome de dénutrition progressive, la place que pouvaient prendre les vomissements qui revêtaient dès le début de la maladie l'aspect des vomissements incoercibles dans le cas, par exemple, d'adénoïdisme infan-

tile. Ils firent le point pour essayer de distinguer de force ces troubles digestifs, secondaires à une infection des troubles digestifs primaires et semblables. Ils avaient remarqué la discordance de l'état général et des signes fonctionnels, souvent légers dans la majorité des cas, l'échec de la thérapeutique digestive et ce début assez précis de l'état présent. Cette triple notion amenait la recherche de l'infection larvée.

Plus tard, Monsieur LÉVESQUE, dans un article du 15 février 1944, paru au *Bulletin Médical*, en retraçant les causes des vomissements habituels du nourrisson, montrait que ces vomissements apparaissaient comme symptôme important, faussement important au cours de l'infection parentérale du nourrisson et que la gravité était dans l'hypotrophie qu'elle provoque et qui est indépendante des vomissements.

Le vomissement peut devenir par contre un symptôme habituel de l'infection parentérale subaiguë du nourrisson et tout spécialement de la rhino-pharyngite avec oto-mastoïdite latente. Mais l'hypotrophie dépasse nettement l'importance des vomissements et l'on a vite l'impression que le danger est ailleurs. Aucun régime n'a d'importance, seule la guérison de l'infection aura raison des vomissements. Si, comme nous le constatons, la rhino-pharyngite est souvent responsable, il est très important de noter que le vomissement doit toujours faire redouter l'oto-mastoïdite latente.

Les troubles du transit gastrique au cours de l'infection rhino-pharyngo-otitique

Notre observation montre une fois de plus que le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore, chez le tout petit, s'avère impossible sur la seule constatation radioscopique d'une stase gastrique à jeun.

En effet, ce nouveau-né, qui n'avait jamais vomi, arrivé au onzième jour de sa vie, a des vomissements de plus en plus fréquents, abondants, en jets, avec chute de poids importante et constipation. Augmentant encore la confusion, l'examen radioscopique montrait une stase à jeun considérable, puisque, d'après les parents, l'enfant n'avait rien absorbé dans les vingt-quatre heures qui avaient précédé l'examen radioscopique et que, d'autre part, le niveau liquide atteignait une hauteur considérable dans l'estomac. Cependant, il manquait un signe très important, il n'y avait pas d'ondulation péristaltique ni à la radioscopie, ni à l'examen clinique.

Dans un tel cas, tous les signes de la sténose se retrouvaient, sauf les ondulations péristaltiques. Ainsi détaché, ce signe devient indispensable au diagnostic, puisque l'opération a montré un pylore normal. Ce signe est strictement pathognomonique de l'hypertrophie sténosante du pylore. Sans lui, nous n'avons pas

le droit de poser fermement le diagnostic de sténose sur la constatation d'une stase gastrique même importante.

C'est un fait de la plus grande banalité dans la pathologie du nourrisson, de voir cette stase dans les infections parentérales. L'étude du transit gastro-duodénal d'enfants infectés est très démonstrative. Normalement, après ingestions barytées, l'estomac se contracte en ondes franches et régulières qui aboutissent au passage par le pylore de petites parcelles opaques arrivant dans le duodénum. Celui-ci apparaît très mince, de moins de 5 mm. de largeur et toujours son injection est discontinue. Ses parois, animées de péristaltismes, chassent chaque fraction de bouillie opaque sans la réunir aux précédentes. En position oblique, on voit le trajet duodénal, non comme un tube opacifié, mais comme une succession de passages de points opaques. C'est seulement lorsqu'elle atteint le grêle que la bouillie barytée dessine plus ou moins franchement la lumière intestinale. On sait, d'autre part, que la durée d'évacuation gastrique normale n'excède pas trois à quatre heures selon le lait ingéré.

L'infection parentérale retentit sur la péristaltique gastrique en donnant un gros estomac distendu avec volumineuse poche à air et un retard de l'évacuation, puisqu'il y a persistance de la baryte cinq, six heures et même plus, comme dans notre observation, après l'ingestion dans un estomac inerte.

D'autre part, le passage pylorique est intermittent, avec des alternatives de bonne et de mauvaise évacuation. Ce trouble paraît l'expression d'un spasme réflexe causé par une infection à distance, puisque la paracentèse, dans le cas que nous publions, a fait cesser presque complètement les vomissements et la stase.

Nous ne pouvons expliquer ces troubles que par l'existence probable de désordres neuro-végétatifs

importants. La stase gastrique n'est pas un signe spécifique de sténose hypertrophique du pylore, l'infection parentérale commandant à distance, par l'intermédiaire probable du sympathique, des désordres évidents.

Le signe pathognomonique devient alors la lutte contre un obstacle résistant, d'où la présence de train d'ondes qui se suivent à intervalles irréguliers, de gauche à droite, soulevant la paroi abdominale en vagues successives. Ce signe, joint aux autres symptômes de la sténose, pose le diagnostic, mais sa présence est obligatoire pour ne pas dire suffisante.

Ainsi, la stase gastrique est un symptôme banal au cours des infections parentérales. Même quand elle est très importante et quand elle persiste dix heures, comme dans notre observation, elle est insuffisante pour affirmer la sténose du pylore. Le signe pathognomonique de la sténose est constitué par l'existence d'ondulations péristaltiques.

Certains auteurs, comme LÉVESQUE, estiment que l'on peut voir des ondulations au cours du retentissement gastrique des infections parentérales. Mais, pour notre part, nous n'avons jamais observé ce fait.

La présence ou l'absence des ondulations péristaltiques est pour nous le symptôme qui permet, étant donné une stase gastrique, de dire si cette stase est due ou non à une sténose.

Le syndrome météorisme abdominal avec niveaux liquides, au cours des états neuro-toxiques

Nous efforçant de prouver le caractère presque exclusivement digestif de cette oto-antrite du nouveau-né, nous attirons l'attention sur la forme dissociée, mono-symptomatique, du syndrome neuro-toxique de ce cas. En effet, dans un second temps, les accidents observés ont été ceux du syndrome météorisme abdominal avec niveaux liquides étagés, sur lesquels M. Lévesque a attiré l'attention. Au trentième jour de sa vie, ce nouveau-né a développé un météorisme très intense avec abdomen surdistendu, immobile, sillonné d'une fine circulation collatérale, sonore à la percussion, sans ondulation péristaltique. Nous avons vu, que ce syndrome, qui rappelle l'occlusion intestinale, ne s'est jamais accompagné d'arrêt des matières et des gaz. La radiographie montrait des niveaux liquides étagés depuis l'estomac jusqu'à la terminaison du gros intestin. Le nouveau-né, qui vomissait moins depuis l'intervention, a continué à avoir quelques vomissements, mais, à aucun moment, ils ne furent bilieux.

Par la suite, l'antrotomie a montré que ce syndrome était bien lié à la présence d'une antrite, puisque après l'intervention l'abdomen est devenu plat et, un examen radiologique de contrôle révélait, onze jours après l'antrotomie, la disparition des niveaux liquides.

Ce syndrome, dû aux désordres neuro-végétatifs provoqués par l'oto-antrite, n'est en somme qu'un élément du syndrome neuro-toxique du nourrisson, qui comprend, avec la déshydratation, des signes toxiques, des signes nerveux, des troubles digestifs et urinaires.

Le fait curieux, c'est que ce syndrome de pseudo-occlusion s'est présenté dans notre observation d'une manière isolée, pour ainsi dire à l'état pur et sans aucun des autres symptômes nerveux de la série neuro-toxique. L'enfant n'a jamais eu de fixité du regard, ni de somnolence, signes si caractéristiques de la toxicose.

La seule manifestation neuro-végétative apparue chez lui n'a porté que sur le tube digestif : pseudo-sténose, puis dans un second temps météorisme et niveaux liquides.

Devant la fréquence de ce syndrome dans les états toxi-infectieux du tout-petit, on est autorisé à en faire un signe diagnostic de premier plan. Sa constatation, à l'état isolé, pur, véritablement énucléé du syndrome neuro-toxique, permet de renforcer encore sa réelle valeur.

La séméiologie des états neuro-toxiques s'est donc enrichie d'un symptôme nouveau, qu'il convient de rechercher de parti-pris par un examen radioscopique systématique. Si le nourrisson présentait déjà des signes évidents de toxicose, le diagnostic s'en trouve confirmé par la constatation d'images hydro-aériques intestinales. Si, par contre, le nourrisson n'a que des troubles digestifs d'apparence banale sans l'aspect toxique proprement dit, la constatation d'images hydro-aériques oriente vers le diagnostic de toxicose. Bien entendu, on aura éliminé les causes d'occlusion intestinales proprement dites et, en particulier : l'étranglement herniaire et l'appendicite. Mais, dans ces cas, il s'agit d'une occlusion avec vomissements fécaloïdes et

arrêt des matières et des gaz. Dans notre cas, il ne s'agit que d'un syndrome pseudo-occlusif. Ce syndrome paraît surtout fréquent au cours des infections parentérales et il doit faire rechercher d'urgence une oto-antrite. Toutefois, il serait faux de dire que le syndrome pseudo-occlusif est toujours lié à une oto-antrite. Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service du Professeur LELONG, un nourrisson porteur d'un syndrome pseudo-occlusif tout à fait analogue à celui que l'on voit dans les antrites et qui, sans que nous ayons pu préciser sa cause réelle, n'était en tout cas pas dû à une infection parentérale décelable. Voici son observation :

Ma... Catherine, née le 20 juillet 1948, à terme, avec un poids de naissance de 3 kg. 600 et une taille de 0 m. 50. L'accouchement s'est fait par forceps, le placenta pesant 720 gr. L'enfant a été allaité au sein puis au lait concentré sucré. Elle a reçu la vaccination B.C.G. par scarification cutanée le 11 août 1948, la mère étant bacillaire.

L'enfant est admise à l'hôpital le 15 septembre, âgée de deux mois et pesant 3 kg. 750, avec une fièvre oscillante entre 38° et 39°, avec anorexie et diarrhée.
15 *septembre* 1948.

A l'examen, l'enfant présente un teint un peu gris, mais elle n'a aucun aspect toxique et aucune fixité du regard. Son aspect est celui d'une hypothrepsie du deuxième degré. Mais on note un important météorisme abdominal sans vomissement, ni arrêt des matières. L'enfant est aussitôt passée à la radioscopie où l'on constate une stase gastrique nette et une distension gazeuse de tout le tube digestif, avec cinq ou six niveaux liquides visibles, surtout dans l'intestin grêle. La transparence pulmonaire est strictement normale.

Notons, dès maintenant, que cet aspect n'a été constaté d'une manière indubitable qu'à un seul examen.

Aucun des examens radiologiques pratiqués par la suite n'a permis de retrouver cet aspect.

L'O. R. L. découvre, à l'examen otoscopique, un tympan gauche légèrement dépoli et un tympan droit strictement normal.

17 *septembre* 1948.

L'enfant pèse 3 kg. 680, ayant encore perdu 70 gr. en deux jours, avec une fièvre à 38°. Elle vomit à chaque tétée et a eu deux selles dans la nuit. Le regard est vif, mobile, sans torpeur et il n'y a aucun aspect toxique. Les cris sont bons et l'on peut noter une légère érythrocyanose des extrémités. La distension abdominale est beaucoup moins considérable qu'hier. L'examen général ne montre rien, mais la déshydratation est importante. La gorge de l'enfant est un peu rouge.

Le Docteur LEMOINE, à l'examen otoscopique des tympans, ne décèle aucune anomalie évidente.

18 *septembre* 1948.

On pratique, de parti-pris, une double ponction d'antre et l'examen du liquide de rinçage nous montre :

Antre droit : quelques lymphocytes, très rares cellules endothéliales, pas de germes à l'examen direct et cultures négatives.

Antre gauche : très rares cellules endothéliales, une tous les dix ou quinze champs du microscope, pas de germe à l'examen direct et cultures négatives.

20 *septembre* 1948.

L'aspect de l'enfant s'est aggravé, les yeux sont cernés, elle est fatiguée et le ballonnement intestinal

a disparu. La fontanelle est déprimée et la peau garde le pli.

21 *septembre* 1948.

L'enfant vient de perdre encore 100 gr. Les selles sont normales depuis hier, mais les vomissements persistent à chaque tétée. La déshydratation est très marquée, la peau garde le pli et la fontanelle est déprimée. Le regard reste cependant brillant, mobile; les cris sont plus faibles. Le reste de l'examen ne montre rien.

La ponction lombaire montre deux éléments par mm^3 (lymphocytes et cellules épithéliales), 0 gr. 20 d'albumine et aucun germe.

L'hémoculture est négative.

22 *septembre* 1948.

L'enfant a cependant un meilleur aspect qu'hier, sa fontanelle est déprimée et il n'y a aucun œdème des membres inférieurs. On fait une radiographie pulmonaire qui est normale et une intra-dermo-réaction au 1/1.000e qui montre une infiltration diffuse, mais la réaction positive est certainement due au B. C. G. fait il y a quarante-huit jours.

Depuis son entrée dans le service, le 15 septembre, elle continue à vomir en jets abondants et elle n'est pas constipée : on note une à deux selles par jour, mais l'anorexie persiste. La déshydratation oblige à pratiquer une perfusion de 400 cm^3 de liquide par vingt-quatre heures, avec un mélange de solution de Darrow et de sérum glucosé isotonique à parties égales.

23 *septembre* 1948.

L'enfant a bu 190 gr. de lait de femme, sans vomissement et avec une selle normale ce matin. Son aspect

est beaucoup plus satisfaisant, le teint étant rosé et le regard brillant. On poursuit la perfusion de 400 cm³ par vingt-quatre heures du même mélange fait précédemment.

24 *septembre* 1948.

L'enfant a deux mois et quatre jours et vient de prendre 200 gr. de lait de femme sans vomissement. Mais ses yeux sont encore enfoncés et l'on note, avec une infiltration légère des membres inférieurs, un léger œdème palpébral. On arrête la perfusion.

25 *septembre* 1948.

L'enfant a perdu 100 gr. dans la journée d'hier, aussitôt qu'on eut cessé la perfusion. Mais on note l'absence de vomissement et les selles sont liquides et verdâtres. L'enfant n'a aucun aspect toxique, le cri est bon, le regard vif et mobile, mais elle est très fatiguée, avec les yeux cernés, le teint gris, un peu cyanosé, surtout aux extrémités. La fontanelle est déprimée, le panicule adipeux est très mince sur l'abdomen où la peau garde le pli. Pas d'œdème sus-pubien, pas de godets aux membres inférieurs, mais l'abdomen est à nouveau météorisé avec quelques mouvements de reptation des anses intestinales. Le foie et la rate sont normaux. L'enfant ne paraît pas dyspnéique et ne tousse pas; l'auscultation de ses bases pulmonaires est normale. Sa nuque est mobile et elle n'a pas de Koernig, ni de paralysie et le réflexe cutané plantaire se fait en extension.

On note cependant une tuméfaction de la face externe de la cuisse droite, à caractère inflammatoire atténué, correspondant à des points d'infection de 4 cm. de longueur sur 2 cm. 5 de large, sensible à la pression, mais sans fluctuation. Il y a une adénopathie

inguinale correspondante, mais aucune adénopathie dans les autres territoires ganglionnaires. Il est à noter que les troubles avaient commencé avant l'apparition de cet incident local.

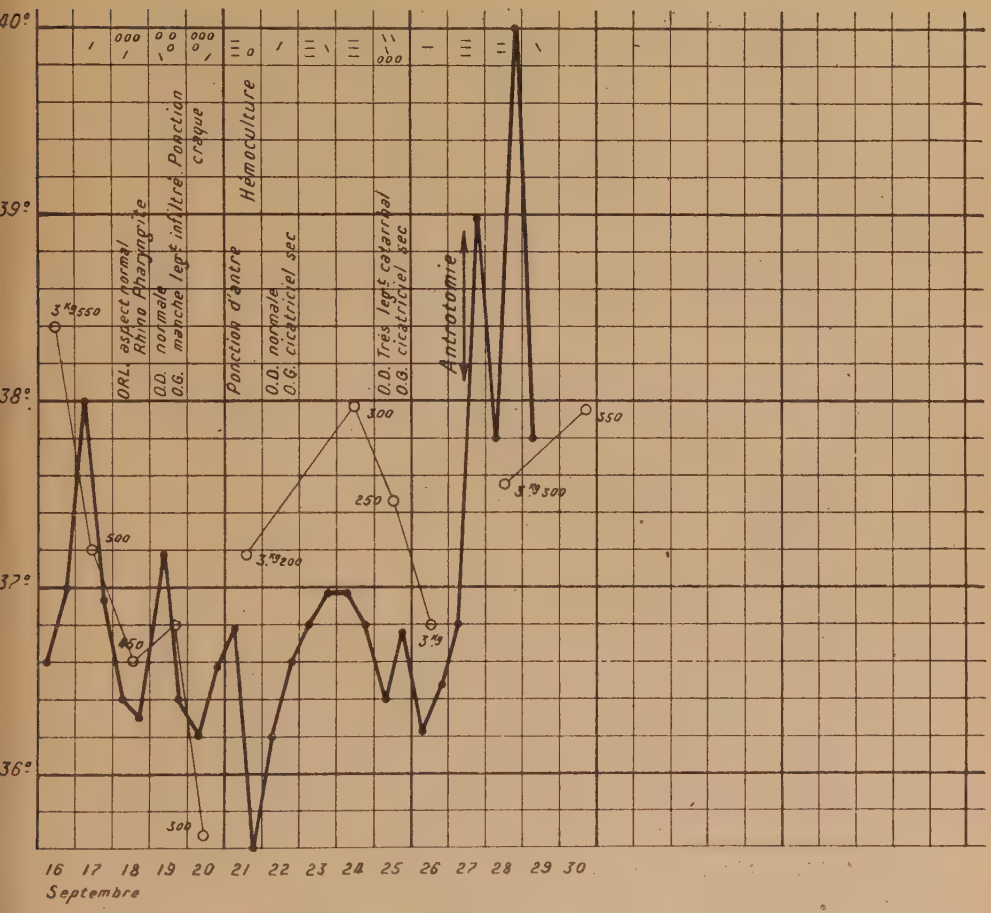

Figure 4

La langue est sèche, la gorge un peu rouge et on note la présence d'un léger muguet.

L'enfant est mise au lait de femme avec arobon. La ponction lombaire montre un liquide clair, 6,4 élé-

ments par mm^3, d'assez nombreuses hématies et 0,20 gr. d'albumine.

27 *septembre* 1948.

L'état de l'enfant s'est aggravé. Le poids reste stationnaire, mais le teint est gris, l'appétit nul et l'enfant donne une très mauvaise impression. Cependant, devant l'aggravation des accidents et parce qu'on ne peut pas oublier qu'on a constaté des niveaux liquides dans l'abdomen les jours suivants, on demande une *antrotomie.*

Des deux côtés les antres sont normaux et ne contiennent ni pus, ni sérosité. L'os a l'aspect normal en pierre-ponce.

Dans les jours suivants, l'enfant reçoit de la streptomycine par voie buccale et par voie intra-musculaire et on assiste à une amélioration progressive qui se termine par la guérison, sans que l'on ait pu porter un diagnostic étiologique précis. Notons que l'examen coprologique a été négatif.

Il s'agit donc d'une enfant de deux mois admise dans le service pour température, anorexie et dénutrition du deuxième degré. Un météorisme abdominal important sans vomissement fait pratiquer une radioscopie qui révèle des niveaux liquides dans l'intestin grêle. L'otoscopie systématique montre des tympans normaux mais, cependant, l'enfant continue à perdre du poids, à se déshydrater, sans que l'on puisse faire la preuve d'une infection parentérale. Malgré les examens otoscopiques successifs et négatifs, une double ponction d'antre a été pratiquée et le liquide de rinçage s'est montré strictement stérile. La perfusion a été faite à cause de la déshydratation profonde et malgré l'amélioration passagère de l'état général qu'elle a apportée, suivi d'une rechute, malgré l'absence de signes précis

d'otite, on a demandé une antrotomie bilatérale. Cette antrotomie n'a montré aucune altération évidente des antres.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, car elle montre bien que le syndrome de pseudo-occlusion n'est pas l'apanage de l'oto-antrite et qu'il peut être constaté en dehors même de toute infection parentérale tout au moins décelable. Répétons-le, tous les examens pratiqués chez ce nourrisson sont demeurés négatifs. Nous avons su penser, par élimination, qu'il s'agissait d'une infection autonome du tube digestif et probablement d'une infection digestive, mais nous ne disposons d'aucune preuve bactériologique précise. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'amélioration, puis la guérison, ont été observées dans les jours qui ont suivi l'institution d'un traitement à la streptomycine.

On peut en conclure de ce fait que le syndrome pseudo-occlusif n'est pas en soi un signe pathognomonique d'oto-antrite. Pour arriver, à partir de la constatation de ce syndrome, au diagnostic d'antrite, il faut exiger un échelon indispensable qui est l'otite.

Mais si les examens otoscopiques répétés ne montrent aucun signe d'otite et si les ponctions d'antres demeurent négatives, on n'est pas en droit, sur la seule constatation d'un syndrome pseudo-occlusif, de faire ouvrir les antres.

Conclusions

L'oto-antrite du nouveau-né peut se traduire par une symptomatologie digestive trompeuse. Dans l'observation que nous rapportons, les accidents ont simulé, dans un premier temps, la sténose du pylore à cause de l'intensité des vomissements survenus après un intervalle libre et à cause de l'importance de la stase à jeun. Dans un second temps, un syndrome de météorisme abdominal avec niveaux liquides étagés, a constitué la manifestations isolée d'un état neuro-toxique. Ce syndrome pseudo-occlusif a disparu d'une manière presque expérimentale sous l'influence de l'antrotomie.

Les troubles du transit gastrique sont très fréquents au cours des infections parentérales et l'on ne saurait porter le diagnostic de sténose du pylore sur la constatation d'une stase à jeun même importante. Il faut exiger la présence d'ondulations péristaltiques.

Cette observation illustre également la dissociation qui peut exister entre les différentes manifestations nerveuses du syndrome neuro-toxique. Ici, le syndrome pseudo-occlusif était isolé. En particulier, il ne s'accompagnait pas de la fixité du regard qui est si fréquente au cours des états neuro-toxiques. Chez un nourrisson porteur d'otite, l'existence d'un syndrome pseudo-occlusif est très en faveur d'une complication antrale. Mais ce syndrome n'est pas en soi pathognomonique de l'antrite et il faut, pour envisager ce diagnostic, exiger la constatation certaine d'une otite.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LELONG

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

L'OTITE DU NOUVEAU-NE

Lévy-Solal (Ed.), Lelong (Marcel), Joseph (Raymond), Debain (M.-G.). — L'otite du nouveau-né. Ses rapports avec le syndrome de dénutrition progressive du nouveau-né. (In : *La Presse Médicale*, n° 3, 19 janvier 1946, p. 25-26.)

Lelong (M.-M.). — L'enfant issu de parents tuberculeux. Etude critique de l'hérédité tuberculeuse. (*Thèse*, Paris, 1924-1925, p. 98-102.)

Debré (R.) et Lelong (M.). — (*Annales de Médecine*, octobre 1925, p. 18-256.)

Boursier (R.) et Ducassou (J.-L.). — L'otite du nouveau-né à la maternité de Pellegrin de novembre 1945 à juin 1946. (In : *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 21-22, novembre 1946, p. 417-420.)

Baron (F.) et Planson (E.). — L'otite du nouveau-né à la maternité. (In : *La Clinique*, n° 395-520, août 1946, p. 115-118.)

Boursier (R.), Rivière, Chastrusse (L.) et Molia (J.). — Pénicilline et otite du nouveau-né. (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, séance du 14 juin 1946 ; in : *Gynécologie et Obstétrique*, t. 46, n° 4, 1947, p. 499.)

Planson (E.). — 10 octobre 1946. Sur l'otite du nouveau-né. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 30 avril 1946 ; in : *Le Nourrisson*, n° 4, juillet-août 1946, p. 130.)

Rivière, Chastrusse et Moure. — 18 mars 1947. A propos de 30 nouveaux cas d'otite chez le nouveau-né. (In : *Le Journal*

de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, n° 21, novembre 1946, p. 413-416 ; 22 novembre.)

Vermelin (H.). — 3 décembre 1947. Nouveau-né. Infection du nouveau-né. Thérapeutique générale. (*Fiches Annexes*, n° 1, 1947 ; *Les Fiches de Pratique Médicale*. Fischer, Desfour, Montpellier.)

Chaptal (J.). — Quelques poussées de syndrome, toxi-infectieux épidémique du nouveau-né, dans une ville du Midi de la France. (In : *Le Nourrisson*, n° 2, mars-avril 1947, p. 49-53.)

Bertoye (P.), Roux (J.), Lanternier (J. Mlle). — Toxicose et mastoïdite chez un enfant de trois semaines (nourri au sein). (*Réunion Lyonnaise de Pédiatrie*, séance du 27 octobre 1946 ; in : *Pédiatrie*, n° 12, janvier-février 1947.)

Lust et Nélis (P.). — Le syndrome toxi-infectieux épidémique du nouveau-né. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 19 novembre 1946 ; in : *Le nourrisson*, n° 1, janvier-février 1947, p. 43.)

Rivière et Chastrusse. — Notre expérience de l'oto-antrite du nouveau-né. (*Sté de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, séance du 21 janvier 1946 ; in : *Gynécologie et Obstétrique*, t. 46, 1947, p. 358-359.)

— L'otite moyenne aiguë du nouveau-né. (*La Pédiatrie*, n° 34, 1946.)

— L'otite moyenne aiguë du nouveau-né. (Prix Boisserie Lacroix, novembre 1943. Fédération des œuvres girondines de protection de l'enfance et Sté de Méd. infant. de Bordeaux).

Dolau (J.-D.) et Grand (M.-H.-J.). — Purulent otitis media in new born. (*New-York State J. Med.*, 35, p. 669-670, 1er july 1945.)

OTITE DU NOURRISSON

Ten Bokkel Hennink (A.). — Otitis media in nurslings. (*Maandschr. v. Kindergeneesk.*, 4 : p. 219-223, march 1935.)

— Otitis media and toxicosis in nurslings. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 80 : p. 4874-4879, 31 octobre 1936.)

— Relation between otitis media and nutritional disorders in nurslings. (*Maandschr. v. Kindergeneesk.*, 7 : p. 91-105, décembre 1937.)

Daraban (E.) et Rusescu (A.). — Otite latente causée par le bacille d'Hoffmann chez un nourrisson. (*Rev. de Laryng.*, 54 : p. 99-101, janvier 1933.)

Dolan (D.-J.) et Grand (M.-H.-J.). — Purulent otitis media in new born. (*New-York State J. Med.*, 35 : p. 669-670, 1er july 1935.)

Erlich (N.). — Un syndrome d'otite moyenne aiguë du nouveau-né. (*Bull. Soc. Pédiat. de Paris*, 36 : p. 346-347, mai 1938.)

Grenet, Milhit, Lallemant, L'hirondel et Boelle. — Ponction de l'antre mastoïdien du nourrisson suspect d'antrite. (*Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris*, séance du 10 juillet 1939 ; in : *Ann. Oto-Laryng.*, n° 5-6, mai-juin 1940.)

Grove (W.-E.). — Nursing feeding and parenteral administration of fluids. (*Arch. Oto-Laryng.*, 30 : p. 872-875, décembre 1939.)

Hernandez y Gonzalo (P.). — Consideraciones sobre 30 casos de otitis media supurada aguda en lactantes. (*Vida Nueva*, 36 : p. 277-284, octobre 15-1935.)

Hofer. — Infection générale otogène du nourrisson et de l'enfant. (*Wien. Kl. Wchnschr. An.*, 52, n° 20, 19 mai 1939, p. 464.)

Hofman (L.). — Ueber die Säuglingsotitis. (*Wien. Klin. Wchnschr.*, 47 : 434-440, 6 april 1934.)

Hofman (L.) et Barwich (M.). — Otite et troubles nutritifs du nourrisson. (*Arch. f. Ohren Nasen Kehlkpfh Berlin*, 19 mars 1937, t. 142, n° 4 ; in : *Ann. d. Oto-Laryng.*, n° 9, octobre 1937.)

Lallemant (M.) et Boelle (R.). — Essai d'une méthode objective de diagnostic de l'antrite du nourrisson. (*L'Orient Méd.*, 1940, n° 3, p. 7.)

KOCKA (Z.). — Bacteriologic examinations of latent otitis in nurslings. (*Casop lek. Cesk.*, 73 : p. 1054-1056, 21 septembre 1934.)

LAPIERRE (Gaston). — Les méfaits de l'otite du nourrisson. (*L'Union Méd. du Canada*, n° 6, juin 1934, p. 575.)

— L'otite meurtrière chez le nourrisson. (*L'Union Méd. du Canada*, t. 69, n° 3, Montréal, mars 1940, p. 297-298.)

LE GRAND (L.). — Etude clinique de l'otite aiguë du nourrisson. (*Thèse*, Paris, 1935, éd. Vigne, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

LE MÉE. — L'otite moyenne dans la première enfance. (*Royal Society of Medecine*, Londres, mai 1937 ; in : *Le Nourrisson*, n° 3, mai 1940, p. 129.)

LE MÉE et OTHERS. — Discussion on otitis media in early childhood (under 5 years). (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 30 : p. 1293-1318, aug. 1937 ; also *J. Laryng. et Otol.*, 52 : p. 685-719, octobre 1937.)

LITSCHKOUSS. — Otites des nourrissons et leurs rapports avec les intoxications. (*Vestnik Sovietkoi Oto-Rhino-Laryng.*, 1934, n° 2 ; in : *Rev. Laryng. Otol. Rhin.*, n° 5, 56e an., mai 1935.)

MEYER (A.). — Doit-on considérer l'otite moyenne aiguë essentiellement différente chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. (*Rassegna Italiana di Oto-Rhino-Laring.*, anno VI, 1932 ; in : *Rev. de Laryng. Otol. et Rhinol.*, avril 1934, n° 4.)

MONTI (P.-C.). — Sulle petrositi infantili. Contributo clinico e anatomopatologico. (*Arch. Ital. di Otol.*, 48 : p. 202-209, march 1936.)

OREGGIA (J.-C.). — Otitis media agudas en del lactance. (*Ann. de Oto-Rino-Laryng. d. Uruguay*, 3 : p. 235-241, 1933.)

PARSELL (L.-A.). — Acute otitis media in newborn ; report of 4 cases. (*Northwest Med.*, 38 : p. 471-473, décembre 1939.)

PASCHLAU (G.). — Mittelohr und Warzer fortsatzentzündungen im Krankheitsgeschehen des Säuglings und kleinkindes. (*Kinderärztl. Praxis*, 6 : p. 218-230, may 1935.)

Rendu (Robert). — Paralysie faciale otitique chez un nourrisson. Antrotomie. Guérison. (*XLI^e Congrès Fr. d'O. R. L.*, Paris, 18-21 octobre 1936; in : *Presse Médicale*, n° 97, 2 décembre 1936.)

Rohmer (P.). — Le rôle des infections parentérales dans les troubles digestifs du nourrisson. (*Bruxelles Méd.*, 13 .: p. 405-413, 12 février 1933.)

Rohmer (P.) et Schneegans (E.). — A propos de la dyspepsie aiguë du nourrisson, consécutive à une otite. L'importance du traitement alimentaire. (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 34 : p. 405-410, juin 1936.)

Rouget (J.). — Les otites du nourrisson. (*La Méd. Internat. Illust.*, mai 1939, n° 5, p. 129.)

— Les otites du nourrisson. (*Rev. Générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord et des Colonies Françaises*, n° 455, octobre 1940, p. 1443-1459.)

Schneegans (E.). — L'otite et l'antrite du nourrisson et leurs répercussions sur l'état digestif. (*Rev. Fr. de Pédiat.*, t. XV, n° 5, 1939-1940.)

Tesai (V.). — Otitis media in nurslings. (*Casop Lek. Cesk.*, 74 : p. 1258-1260, 8 novembre 1935.)

Tempea (Dr) et Herovici (Iuliu). — L'otite latente des nourrissons, forme fébrile (résumé). (*XVIII^e Congrès Roumain d'O. R. L.*, Bucarest, 25-26 octobre 1939; in : *Revista Stiintelor Oto-Rhino-Laryng.*, volume IV, n° 1, 1^er janvier 1940, p. 75.)

Tsiméo (G.). — Un cas de thrombophlébite otogène avec septicémie à streptocoques chez un nourrisson. Guérison. (*Sté de Laryngologie des Hôp. de Paris*, séance du 22 mars 1938; in : *Ann. d'Ot.-Laryng.*, n° 8, août 1938, p. 791.)

Von Szasz (A.-A.). — Beobachtungen am Ohr und an der Ampul la recti bei Säuglingstoxikose. (*Monatschr. f. Kinderh.*, 71 : p. 30-33, 1937.)

Csapo. — Importance de l'otite et de la mastoïdite des nourrissons au point de vue de la pédiatrie. (*Orvosi Hetilap.*, 28 mars 1936, p. 284.)

CSILLAC (E.). — Du diagnostic précoce de l'otite moyenne chez le nourrisson. (*Revista Stintalor Oto-Rhino-Laryngologie*, juin 1938; in : *Ann. d'Oto-Laryng.*, février 1939, n° 2, p. 201.)

DESPONS (Jean). — L'otite du nourrisson. (*Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie*, n° 7, octobre-novembre 1942, p. 225-231.)

DESPONS. — A propos des complications des otites des nourrissons. (*Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 13 janvier 1943; *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 3-4, 15-28 février 1943, p. 66.)

LEROUX (J.), ROBERT. — Le danger des otites bâtardes de la coqueluche, chez le nourrisson et l'enfant. (*Le Concours Médical*, n° 7, 11 février 1943, p. 134-135.)

LÉVESQUE (J.), MOTTE. — Sur les méningites à pneumocoques compliquant les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 19 janvier 1943; in : *Le Nourrisson*, n° 1, janvier-février 1943, p. 23.)

APPAIX (A.). — L'otite banale du nourrisson. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, Marseille, 77, n° 2264, 31 mars 1945, p. 117-124.)

BARON (F.). — Otites et adénoïdites chez le nourrisson. (*Société de Laryngol. des Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1945; in : *Presse Médicale*, n° 30, 28 juillet 1945, p. 410.)

— Otites et adénoïdites chez le nourrisson. (*Sté de Laryngol. des Hôpit. de Paris*, 15 mars 1945; in : *L'Oto-Rhino-Laryngol. Internationale*, n° 6, juin 1945, p. 145.)

CAUSSE (R.). — Comparaison de documents histologiques et radiographiques sur l'otite du nourrisson. (*Sté de Laryng. des Hôpitaux de Paris*, 24 avril 1944; in : *Presse Médicale*, n° 4, 27 janvier 1945, p. 46; in : *Annales d'Oto-Laryng.*, n° 8, 1944-1945, p. 176, octobre-novembre-décembre.)

MARANES. — Diagnostic et traitement de l'otite du nourrisson. (*Gac. Med. Espan. An.*, 16, n° 12 (195), p. 554, décembre

1942 ; in : *Paris Médical*, n° 47-48, 30 novembre 1943, p. 315.)

OTITE LATENTE CHEZ L'ENFANT

Bentivoglio (G.-C.). — Considerazioni sulle otiti medie latenti nel lattante. (*Lattante*, 4 : p. 375-391, aug. 1933.)

Bloch (André) et Vesselie (Pierre). — Otite latente, otite méconnue chez l'enfant. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, juin 1925.)

Canuyt. — Otite latente du nourrisson. (*Strasbourg Méd.*, 1926, t. II, p. 74.)

Chatin et Rendu. — Fréquence et gravité des otites latentes chez le nourrisson d'après 19 observations. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 décembre 1922.)

Comby. — Les otites latentes de la première enfance. (*Arch. des Maladies des Enfants*, septembre 1917, n° 9, p. 476-482.)

Daraban (Em.), Rusesco (A.). — Otite latente causée par le bacille d Hoffmann chez un nourrisson. (*Revue Oto-Rhino-Laryngo.*, n° 1, janvier 1933.)

Franchini (Y.). — Otitis media latente del ricien nacido y del lactante (92 observations). (*Semana Med.*, 2 : p. 196-213, july 28-1927.)

Jacobi. — Sur l'otite latente des nourrissons. (*Acad. de Méd. de New-York*, décembre 1904 ; *Med. Record*, 17 décembre.)

Kalmanovitch (M.). — Otites latentes chez l'enfant. (*Avenir Médical*, septembre-octobre 1931.)

Kocka (Prague). — L'examen bactériologique des otites moyennes latentes des nourrissons. (*Casopis Lekaru Ceskych*, 1934, n° 38 ; in : *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 5, mai 1936, p. 545.)

Kocha (Z.). — Bacteriologic examinations of latent otitis in murslings. (*Casop. Lek. Cesk.*, 73 : p. 1054-1056, septembre 21-1934.)

Le Mée. — Diagnostic et fréquence de l'otite latente chez le nourrisson et chez l'enfant. (*Bruxelles Médical*, 1er avril 1924, p. 648.)

— L'otite latente, l'otite inconnue chez le nourrisson et dans la première enfance. (*Ann. des Mal. de l'Oreille, du Larynx*, Paris, 1923, p. 400-405.)

Le Mée, Bloch, Cazejust. — Rapport sur l'otite latente de l'enfant. (*Congrès d'O. R. L. Française*, 1925.)

Le Mée, Bloch. — Les formes cliniques de l'otite latente chez l'enfant. Diagnostic et traitement. (*Monde Médical*, 15 juin 1926.)

Le Mée et Bouchet. — L'otite latente de l'enfant. (*Journal Médical Franç.*, octobre 1924.)

Le Mée. — Les otites latentes chez l'enfant. (*Vie Médicale*, 27 novembre 1925.)

Le Mée et Bloch. — Les formes cliniques de l'otite latente chez l'enfant. Diagnostic et traitement. (*Monde Médical*, 15 juin 1926.)

Le Mée, Bloch et Cazejust. — Rapport sur l'otite latente de l'enfant. (*Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie Française*, 1925.)

Mordret (J.). — Les oto-antrites latentes de la première enfance. (*Arch. Méd. d'Angers*, 23-24-27 février 1930.)

Quanquin (J.). — Manifestations méningées de l'otite latente chez l'enfant. (*Société des Sciences Médicales de la Côte-d'Or*, séance du 3 juillet 1931.)

Renac (Robert). — De l'importance de la ponction exploratrice du tympan dans les otites latentes du nourrisson. (*Thèse de Paris*, 1930.)

Renaud (M.). — Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson. Leur extrême fréquence, leur importance dans les diarrhées infantiles, leur rôle dans la génèse de l'athrepsie. (*Bull. Gaz. Méd. Hôp. Par.*, 1921, p. 1326-1352-1384).

Rendu (R.). — Otite moyenne purulente latente du nourrisson. (*An. Mal. Or. Lar.*, 1923, XLII, p. 406-420.)

Sargnon. — Les otites moyennes aiguës et latentes de la première enfance. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1926.)

Tenoese (P.). — Otitis lactante en los lactantes. (*Arch. Espan. de Pediat.*, 11, p. 727-747, décembre 1927.)

— Otitis latente en loslactantes. (*Rev. Asoc. Med. Argent.*, 40, p. 479-545, july, aug. 1927.)

Trimaci. — L'otite latente dans l'enfance. (*Otologia*, septembre 1926.)

Vesselle. — L'otite du nourrisson. Otites latentes. (*Thèse*, Paris, 1925.)

Vignaux (Alice). — Des indications de l'antrotomie au cours de l'otite latente du nourrisson. (*Thèse pour le Doctorat en Médecine*, n° 139, librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.)

Zaliouk (A.). — Latent otitis in children. (*Folia Oto Laryng. Orient.*, 1, p. 231, 1933.)

MASTOIDITE CHEZ L'ENFANT

Bernheim, Mayoux (R.), Martin (H.). — De la notion de contagion dans l'antro-mastoïdite du nourrisson. Histoire d'une crèche. (*Sté Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 9 avril 1946 ; in : *Lyon Médical*, n° 32, 11 août 1946, p. 92-94.)

Bourgeois (R.). — Les oto-mastoïdites des nourrissons. (*Semaine des Hôpitaux*, 15 : p. 375-381, octobre 1939.)

Brault. — Contribution à l'étude de l'ostomastoïdite du nourrisson. (*Thèse de Médecine de Paris*, octobre 1944.)

Cathala (J.), Laplane (R.). — Les manifestations pulmonaires des oto-mastoïdites du nourrisson. (*Sté de Pédiat. de Paris*, séance du 21 octobre 1941 ; *Le Nourrisson*, novembre 1941, n° 6, p. 274.)

Caussade, Henry. — Considérations sur l'oto-mastoïdite des nourrissons. (*Gazette Médicale de France*, t. 53, n° 8, 2e n° d'avril 1946, p. 200-204.)

Causse. — L'oreille et la mastoïde du nourrisson. Projections. (*Soc. de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 6 juillet 1942 ; in : *Ann. d'Oto-Laryngologie*, n° 10-11-12, octobre-novembre-décembre 1943, p. 145.)

Chatellier, Lemoine (J.). — Description du diaphragme attico-tympanique du nouveau-né. Son rôle dans les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Sté de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, 18 juin 1945 ; in :*L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 12, décembre 1945, p. 297.)

— Description du diaphragme attico-tympanique du nouveau-né. Son rôle dans les otomastoïdites du nourrisson (sans texte). (*Sté de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 18 juin 1945 ; in : *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, t. 12, 1944-1945, n° 12, octobre-décembre 1945, p. 500.)

Cohen (B.). — Gastro-entérite et mastoïdite des jeunes enfants. (*Journal of Laryngology and Otology*, Londres, 59, avril 1944, p. 136-145.)

Crooper (E.-C.-R.). — Observations sur l'otite moyenne de la mastoïdite des jeunes enfants. (*Archiv. of Disease in Childhood*, Londres, 19 septembre 1944, p. 126-130.)

Csillac (S.). — Bezold's mastoïditis in infants. (*Gyogyaszat*, 80 : p. 374-377, 17 août 1940.)

Damian (P.). — Contribution à la thérapeutique de l'oto-mastoïdite du nourrisson en tant qu'elle reste maladie locale. (*Thèse de Paris*, 1943, Maloine édit., in-8°, 42 p. ; in : *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 10-11-12, octobre-novembre-décembre 1943, p. 156.)

Debré. — Le problème des oto-mastoïdites du nourrisson : divergence d'opinion parmi les pédiatres français (sans texte). (*XLVe Congrès Franç. d'Oto-Rhino-Laryngol.*, Paris, 21-22-23 octobre 1946 ; *La Presse Médicale*, n° 58, 30 novembre 1946, p. 798.)

Esch (A.). — Uber die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Kinderarzt und Halsarzt bei den Erkrankungen des lymphatischen Rachen ringes in Kindesalter. (*Kinderarztl. Praxis*, 11, p. 18-24, janvier 1940.)

Evrard (J.). — Contribution apportée par la radiologie au diagnostic et au pronostic de l'otomastoïdite de la première enfance. (*Thèse de Médecine de Paris*, 1943, p. 223.)

Fiessinger (C.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Journal des Praticiens*, n° 35, 20 décembre 1946, p. 299-302.)

Fontan, Despons et Chassaigne. — Mastoïdite tuberculeuse chez un nourrisson. (*Sté de Méd. Infantile*, séance du 14 mars 1945 ; in : *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 17-18, septembre 1946, p. 350.)

Laplane. — Complications pulmonaires des oto-mastoïdites du nourrisson. (*Société de Pédiatrie*, 31 octobre 1941 ; in : *L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 1, janvier 1942, p. 36.)

Lapointe (J.). — Oto-mastoïdite du nourrisson. (*Ann. Méd. Chir. de l'Hôp. Ste Justine*, Montréal, 3 : p. 71-95, mai 1940.)

Lasserre (G.). — Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson. (*Thèse de Médecine de Paris*, 1943, n° 167.)

Leathart (P.-W.). — Diagnosis and treatment of infantile mastoïditis. (*Brit. M. J.*, 2 : p. 723-724, 7 octobre 1939.)

Lereboullet (P.) et Saint-Girons (Fr.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson. (*Paris Médical*, 10 décembre 1941, p. 320-323 ; in : *Maladies des Enfants* en 1941.)

Leroux (J.)-Robert, Ramaroni (J.). — Les oto-mastoïdites du nourrisson et de l'enfant au cours des maladies contagieuses. Fréquence. Caractères et gravité selon la maladie en cause. Bactériologie. Note préliminaire sur l'action des sulfamides. (*Sté de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 16 novembre 1942 ; in : *Presse Médicale*, n° 8, 27 février 1943, p. 95 ; in : *Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, n° 4-6, avril-mai-juin 1943, p. 32-43.)

Lévesque (J.), Bastin et Brisset. — A propos de la communication de M. Causse sur la mastoïdite des nourrissons. (*Archives Françaises de Pédiatrie*, t. III, n° 1, 1946, p. 37-39.)

— A propos de la communication de M. Causse sur la mastoïdite des nourrissons. (*Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance

du 20 février 1945 ; in : *Le Nourrisson*, n° 2, avril-mai-juin 1945, p. 45.)

— A propos de la communication de M. Causse sur la mastoïdite des nourrissons. (*Sté de Pédiatrie*, 20 février 1945 ; in : *La Presse Médicale*, n° 15, 14 avril 1945, p. 190.)

Lévesque (J.), Dailly (R.), Boeswillwald (M.). — Lésions cérébro-méningées, arachnoïdite opto-chiasmatique au décours des oto-mastoïdites du nourrisson. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 21 mai 1946 ; in : *Archives de Pédiatrie*, t. III, n° 4, 1946, p. 333-338.)

Lévesque et Motte. — Méningites à pneumocoques au décours des otomastoïdites du nourrisson. (*Sté de Pédiatrie*, 19 janvier 1943 ; in : *L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 9, septembre 1944, p. 257.)

— Méningites à pneumocoques, complications de l'otomastoïdite du nourrisson. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 19 janvier 1943 ; in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, n° 3, 1942-1943, p. 141-144 ; *Bulletin Médical*, n° 8, 15 janvier 1943, p. 126.)

Lévesque (J.), Perrot (R.), Renault. — Sur les otomastoïdites du nourrisson. (*Bulletin Médical*, n° 13, 15 avril 1942, p. 121-126.)

Marfan (A.-B.). — Note sur les suppurations de l'oreille moyenne et de la mastoïde chez le nouveau-né et le nourrisson. (*Le Nourrisson*, n° 5, septembre 1941.)

Mayoux (R.), Roche (Mme M.), Eyssautier et Martin (H.). — A propos de 40 observations d'oto-mastoïdite chez le nourrisson. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 593, 20 septembre 1944, p. 647-652.)

Mouriquand (G.), Wanger (G.) et Gignoux (M.). — A propos de 75 cas de mastoïdite chez le nourrisson. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 607, 20 avril 1945, p. 253-258.)

Munyo (J.-C.). — Sur l'otomastoïdite de l'enfant. (Brochure de 14 pages, extraite des *An. de la Clinica e Instituto de Enfermedades Infecciosas*, 1939 ; in : *Archives de Méde-*

cine des Enfants, t. 43, n° 9-10, septembre-octobre 1940, p. 294-295.)

NETER (E.), MEUBURGER (F.) et SHORT. — Otite moyenne et mastoïdite chez l'enfant. (*Arch. of Oto-Laryng.*, Chicago, avril 1942, 35, 4, p. 631-639 ; in : *Les annales d'Oto-Laryngologie*, t. 13, 1946, n° 3-4, mars-avril 1946, p. 180.)

OREGGIA (J.-C.). — La otomastoïditis del lactante. (*An. de Oto-Rino-Laring. d. Uruguay*, 9 : p. 57-95, 1939 ; also : *Arch. de Pediat. a Uruguay*, 10 : 527, septembre, 585, octobre 1939.)

OMBRÉDANNE (M.). — Œdème cérébral à forme corticale compliquant une oto-mastoïdite aiguë. Large décompressive temporale. Guérison. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 16 janvier 1945 ; in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, t. II, n° 5, 1944-1945, p. 205-208.)

POINSO (R.) et GUÉRIN (J.). — Considérations sur l'oto-mastoïdite du nourrisson (à propos de 33 observations personnelles). (*Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, 18 mai 1945 ; in : *Presse Médicale*, n° 44, 3 novembre 1945, p. 599.)

— Considérations sur l'oto-mastoïdite du nourrisson (à propos d'une statistique personnelle de 33 cas). (*Marseille Médical*, n° 10, 15 octobre 1945, p. 405-419.)

— Considérations sur l'oto-mastoïdite du nourrisson (à propos de 33 observations personnelles). (*Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 18 mai 1945 ; in : *Marseille Médical*, n° 12, 15 décembre 1945, p. 534.)

SAES (P.). — Mastoïdite na infancia. (*Rev. Brasil de Oto-Rino-Laring.*, 7 : p. 447-452, novembre-décembre 1939.)

SÉMELAIGNE. — Conduite à tenir dans l'oto-mastoïdite des nourrissons. (*Gaz. Méd. de France*, n° 7, avril 1941, p. 209.)

TATRALLYAY (Z.). — Otitis media and mastoïditis in dehydrated infants. (*Orvosi Hetil*, 84 : p. 342-344, 6 juillet 1940.)

BERTOYE (P.) ROUX (J.), LANTERNIER (Mlle J.). — Toxicose et mastoïdite chez un enfant de trois semaines nourri au sein. (*Réunion Lyonnaise de Pédiatrie*, séance du 27 octo-

bre 1946 ; in : *Pédiatrie*, n° 1-2, janvier-février 1947, p. 53-54.)

Chatellier (H.-P.), Lemoine (J.). — Le diaphragme inter-attico-tympanique du nouveau-né. Description de sa morphologie. Considérations sur son rôle pathogénique dans les oto-mastoïdites cloisonnées du nourrisson. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 11-12, 1946, p. 534-566.)

Rivière et Chastrusse. — Notre expérience de l'oto-antrite du nouveau-né. (*Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, séance du 21 janvier 1946 ; in : *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 8, août 1947, p. 384-385.)

— Notre expérience de l'oto-antrite du nouveau-né. (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, séance du 21 janvier 1946 ; in : *Gynécologie et Obstétrique*, t. 46, n° 3, 1947, p. 358-359.)

INFECTION SYNDROME MALIN

Alajouanine (Th.) et Marquézy (R.-A.), Hornet (Th.) et Ladet (Mlle). — Les lésions du système nerveux au cours du syndrome malin toxi-infectieux de l'enfance. (*Sté Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 24 juin 1938 ; in : *Bull. Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, n° 29, 7 novembre 1938, p. 1512-1519.)

Arnaud (Robert)-Battandier. — Du traitement des syndromes neuro-toxiques type cholériforme par les barbituriques. (*Sté Méd. des Hôp. d'Alger*, séance du 15 janvier 1946 ; in : *Algérie Méd.*, n° 1, janvier-février 1946, pp. 79-87.)

Bernard (R.). — Le syndrome malin. Perspectives pathogéniques et réalité quotidienne. (*Marseille Médical*, n° 3, 15 mars 1947, p. 99-116.)

Bernheim (M.). — Les toxicoses du nourrisson. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 648, 5 janvier 1947, p. 9-18.)

— Les toxicoses du nourrisson. (*Réunion Lyonnaise de Pédiatrie*, séance du 16 juin 1946; in :*Archives Franç. de Pédiatrie*, t. III, n° 5, 1946, p. 482.)

Bertoye (P.), Roux (J.) et Lanternier (Mlle J.). — Toxicose et mastoïdite chez un enfant de trois semaines nourri au sein. (*Réunion Lyonnaise de Pédiatrie*, séance du 27 octobre 1946; in : *Pédiatrie*, n° 1-2, janvier-février 1947, p. 53-54.)

Blaszo et Kramar. — Pathologie et thérapie des affections toxiques du nourrisson et de l'adolescent. (*Klinische Wochenschrift*, n° 52, 21 décembre 1940, p. 1313.)

— Sur la pathogénèse et la thérapie des maladies toxiques de l'enfance et des nourrissons. (*Orvosi Hetilap*, t. 85, n° 7, février 1941, p. 77-78, n° 36; *La Presse Médicale*, n° 36, 25 septembre 1943, p. 530 C.)

Boucomont (J.), Brun (D.), Rodier (J.) et Souchon. — La novocaïne intra-veineuse dans les toxicoses infantiles. (*Société des Sciences Médicales et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, séance du 7 juillet 1944; in : *Montpellier Médical*, n° 6, novembre-décembre 1944, p. 439.)

Chaptal (J.). — Quelques poussées de « syndrome toxi-infectieux épidémique du nouveau-né » dans une ville du Midi de la France. (*Le Nourrisson*, n° 2, mars-avril 1947, p. 49-53.)

Comby (Marie-Thérèse). — Syndromes encéphalitiques au cours des maladies infectieuses de l'enfant (encéphalites aiguës). (*Thèse de Paris*, 1935.)

— Quelques remarques à propos des toxi-infectieuses graves et du syndrome malin. (*Sté Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 3 juin 1938; in : *Bull. et Mém. de la Sté des Hôp. de Paris*, n° 20, 13 juin 1938, p. 984-986.)

Despons, Moure, Vérin. — Résultats d'antrotomie dans les syndromes toxi-infectieux du nourrisson. (*Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 12 juin 1946; in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, t. III, n° 5, 1946, p. 490.)

— Enquête sur les résultats de l'antrotomie dans les syndromes toxi-infectieux du nourrisson avec otite (hiver 1945-1946). (*Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 12 juin 1946 ; in : *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 9, septembre 1947, p. 423.)

Diehl (J.-L.). — Le syndrome toxi-infectieux du nourrisson. Sa cause, son traitement. (*Concours Médical*, 12 juillet 1947, p. 1196-1197.)

Jonscher (K.). — L'étiologie et la pathogénie des toxicoses des nourrissons. (*La Presse Méd.*, 15 avril 1939, n° 30, p. 583.)

Lacombe. — Contribution à l'étude du syndrome pseudotuberculeux d'origine rhino-pharyngée. (*Thèse de Paris*, 1946 ; in : *Rev. de la Tub.*, n° 11-12, 1946, p. 823.)

Ladet (Mlle Marcelle). — Le syndrome malin au cours des toxi-infections. Etude clinique anatomique et pathogénique ; rôle du système neuro-végétatif. (*Thèse de Paris*, 1938.)

Lemoine (J.). — A propos de deux types de syndromes hypertoxiques observés en clientèle de ville. (*Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 17 février 1947 ; in : *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 5-6, mai-juin 1947, p. 315-317.)

Lévesque (J.) et Lafourcade (J.). — Le problème de l'antrotomie dans les états neuro-toxiques du nourrisson. (*Le Nourrisson*, n° 3, mai-juin 1947, p. 99-111.)

Lévesque (J.), Perrot (H.), Le Boyer et Calleret. — Trois cas d'atélectasie pulmonaire au cours d'états toxiques du nourrisson. (*Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 7 décembre 1942 ; in : *Le Nourrisson*, n° 1, janvier-février 1944, p. 9.)

Lévesque (J.), Perrot (R.), Tardieu (J.). — Injection intra-veineuse de cocaïne dans les états hypertoxiques du nourrisson. (*Société de Pédiatrie*, 21 avril 1942 ; in : *La Presse Médicale*, n° 31, p. 422, 30 juin 1942.)

— La novocaïne par voie veineuse dans les états toxiques du nourrisson. Société de Pédiatrie de Paris, séance du

21 avril 1942; in : *Archives Franç. de Pédiatrie*, n° 1, 1943, p. 64.)

LUST (M.) et NÉLIS (P.). — Le syndrome toxi-infectieux épidémique des nouveau-nés. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 19 novembre 1946; in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, n° 1, 1947, p. 69-70.)

— Le syndrome toxi-infectieux épidémique des nouveau-nés. (*Le Nourrisson*, n° 1, janvier-février 1947, p. 1-6.)

— Syndrome toxi-infectieux épidémique des nouveau-nés. (*Bruxelles Médical*, n° 4, 24 février 1946, p. 137-184.)

— Le syndrome toxi-infectieux épidémique du nouveau-né. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 19 novembre 1946; in : *Le Nourrisson*, n° 1, janvier-février 1947, p. 43.)

MARQUÉZY (M.-R.-A.). — Syndrome malin et toxi-infections. (*X^e Congrès des Pédiat. de Langue Franç.*, 27-30 octobre 1938; in : *Gazette des Hôpitaux*, n° 103, 24 décembre 1938, p. 1662-1664.)

— Syndrome malin et toxi-infections. (*Congrès des Pédiat. de Langue Française*, 27-30 octobre 1938; in : *Le Nourrisson*, mars 1939, n° 2, p. 103.)

MARQUÉZY (R.-A.) et LADET (Mlle M.). — Le syndrome malin au cours des toxi-infections. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 10 mai 1938.)

— Le syndrome malin au cours des toxi-infections. (*Pédiatrie*, novembre 1938, n° 11, p. 244-249.)

MARQUÉZY (R.), MAROT (J.-E.) et HUERTOUS. — Sarcome du rein chez un nourrisson de 10 mois. Pyélographie. Syndrome malin terminal. (*Sté de Pédiat. de Paris*, séance du 17 avril 1945; in : *Le Nourrisson*, n° 3, juillet-août 1945, p. 63.)

RIBADEAU-DUMAS, CHABRUN (L.) et LOEWE-LYON (Mme). — Les troubles vaso-moteurs dans les toxi-infections graves de la première enfance. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 20 mai 1938.)

RIBADEAU-DUMAS, MAYER, DEBRÉ, TISSERAND. — L'infection pulmonaire de l'enfant en bas âge. (*Revue de Pédiatrie*, 1926.)

RICCIARDI (R.). — Toxicose du nourrisson. (*La Diagnosi*, Naples, 2, n° 9, septembre 1946, p. 321-333 ; in : *La Semaine des Hôpitaux*, n° 10, 14 mars 1946, p. 648.)

ROSSIER (A.). — Hémorragies dans les états toxi-infectieux du nourrisson. (*Soc. de Pédiat. de Paris*, séance du 7 décembre 1943 ; in : *Le Nourrisson*, n° 1, janvier-février 1944, p. 9-10.)

SIBERTIN-BLANC. — Syndrome neuro-toxique d'origine auriculaire. (*Thèse de Paris*, 25 juin 1947.)

SOREL, BARDIER, PIGASSOU et BOUISSOU. — Réflexions sur les toxicoses observées dans le Service de Médecine Infantile. (*Sté de Méd. Chir. et Pharmac. de Toulouse*, séance du 21 janvier 1947 ; in : *Toulouse Médical*, n° 8, août 1947, p. 505-506.)

SOREL (R.), VALDIGUIÉ, BARDIER (A.) et PIGASSOU. — Le rôle du potassium dans les toxicoses graves du premier âge. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 21-22, séance du 10 juin 1947, p. 406-408.)

TIXIER (Léon). — Toxicose grave du nourrisson guérie par la farine de caroube. (*Revue Médicale Française*, n° 7, juillet 1946, p. 116-120.)

— Syndrome toxi-infectieux épidémique des nouveau-nés. (*La Médecine Infantile*, n° 6, juin 1946, p. 123-125.)

— Traitement d'urgence par la novocaïne intra-veineuse du syndrome toxique chez le nourrisson. (*La Presse Médicale*, n° 25, 26 avril 1947, p. 290.)

— Le syndrome malin et sa thérapeutique. (*Journal des Praticiens*, n° 44, 30 octobre 1947, p. 485-486.)

— Les hémorragies dans les états toxi-infectieux du nourrisson. (*Journal des Praticiens*, n° 22, 10 août 1945, p. 174.)

LÉVESQUE (J.), DEMASSIEUX (Mme). — L'examen radiologique des viscères dans l'état toxique et les infections parentérales du nourrisson. (*Le Nourrisson*, mars-avril 1948, p. 61.)

MASTOIDITES LATENTES CHEZ LE NOURRISSON

Babonneix (L.). — Le diagnostic des oto-mastoïdites latentes du nourrisson. (*La Médecine Infantile*, février 1940, n° 2, p. 35.)

Babonneix (L.) et Le Pavec (E.). — Le diagnostic des oto-mastoïdes latentes du nourrisson. (*Le Monde Médical*, novembre 1939, n° 943, p. 823; in : *Journal de Médecine de Paris*, n° 10, 25 mai 1940, p. 227-229.)

Béraud (A.), Ducuing (L.). — La mastoïdite latente du nourrisson. (*L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 9, septembre 1945, p. 209-2333 et n° 10, octobre 1945, p. 241-248.)

Escat (M.). — A propos des oto-antrites dites latentes du nourrisson. (*Sté de Méd. de Chir. et de Pharm. de Toulouse*, séance du 28 novembre 1945; in : *Toulouse Médical*, n° 2, février 1946, p. 77-78.)

Keller (W.). — Latent mastoïditis as cause of gastro-enteritis in farct. (*Indian J. Pediat.*, I : p. 115-120, janvier 1934.)

Lange (G.). — Sur la mastoïdite latente du nourrisson et de l'enfant. (*XVII^e Congrès de la Sté des C. R. L. Allemands Bad Reichenhall*, 6-8 juin 1935; in : *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, 1936, n° 11, novembre.)

Lemoyne (J.). — Existe-t-il une antrite occulte du nourrisson ? (*Société de Laryngol. des Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1945; in : *Presse Médicale*, n° 30, 28 juillet 1945, p. 410.)

Patterson (W.-H.), Smith (G.-S.). — La mastoïdite infantile latente. (*British Medical Journal*, 1944-2, n° 21, 18 novembre 1944, p. 659-661.)

Reerink (H.). — L'intoxication des nourrissons par la « mastoïdite latente ». (*Nederlandsch Tijfschrift voor Geneeskunde*, 11, n° 25, 22 juin 1946, p. 710-713.)

Roget. — A propos de 4 cas d'oto-mastoïdite latente des nourrissons. (*Sté de Méd. et de Pharm. de l'Isère*, séance du 18

novembre 1938; in : *Le Dauphiné Médical*, n° 4, avril 1939, p. 74.)

Roy (A.). — Les mastoïdites latentes du nourrisson. (*L'Avenir Médical*, n° 1, janvier 1939, p. 26.)

Szlavik (F. Jr.). — Case of latent mastoïditis in infant. (*Gyogyazzat.*, 80 : p. 150, 23 mars 1940.)

Thibandeau (R.). — Choléra infantile et mastoïdite latente. (*Union Médicale du Canada*, 69 : p. 588-593, juin 1940.)

Van den Houten (P.). — Deux cas de mastoïdite latente chez le nourrisson. (*Pédiatrie*, octobre 1938.)

Van Eyck. — A propos de la mastoïdite latente chez le nourrisson. (*XLV^e Congrès de la Société Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie*, Bruxelles, 15-16 juillet 1939; in : *Bruxelles Médical*, 29 octobre 1939, n° 52, p. 1557; *Bull. Soc. Belge d'Otol. Rhinol. Laryng.*, p. 277-281, 1939.)

ETIOLOGIE DE L'OTITE CHEZ L'ENFANT

Balzano (J.). — L'otite media purulenta nei poppanti (contributo batteriologiche e clinico). (*Pediatria*, 42 : p. 817-837, july 1934.)

Daraban (E.), Rusesco (A.). — Otite latente causée par le bacille d'Hoffmann chez un nourrisson. (*Rev. de Laryng.*, 54 : p. 99-101, janvier 1933.)

Ernoui, Eschbach, Pizon. — Abcès extra-dural de la région cérébelleuse au début d'une otite grippale avec réaction méningée chez un enfant de 5 ans. Septicémie post-opératoire sans identification microbienne. Métastase péritonéale. Laparatomie. Guérison. (*Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie*, n° 8, septembre-octobre 1937.)

Gauthier (P.). — L'otite latente grippale chez l'enfant. (*Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 47 : p. 104-108, février 25-1927.)

Giraud (P.), Bergier (P.). — A propos de l'otite aiguë du nourrisson; considérations étiologiques. (*Comité Médical des*

Bouches-du-Rhône, séance du 6 novembre 1942 ; in : *Presse Médicale*, n° 16, 24 avril 1943, p. 217.)

— Considérations étiologiques à propos de l'otite aiguë du nourrisson. (*Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 20 novembre 1942 ; in : *Marseille Médical*, n° 2, 15 février 1943, p. 98-100.)

Hofmann (L.). — Pneumonia otitis in children. (*Monatschr. f. Ohrenh.*, 63 : p. 237-279, march 1929.)

Josephson (E.-M.). — Otitis and otalgia of teething child. (*Am. J. Dis. Child.*, 42 : p. 1123-1125, novembre 1931.)

Kugelmass (L.-N.). — Vincent's otitis media in infancy. (*New-York State J. Med.*, 32 : p. 272, march 1-1932.)

Laskiewicz (A.). — Les facteurs morphologique et constitutionnel dans les otites moyennes, aiguës et chroniques chez les enfants. (*Rev. de Laryng.*, 55 : p. 175-202, février 1934.)

Lemariey (A.). — Contribution à l'étude de l'otite scarlatineuse et de ses complications chez l'enfant. (*Ann. d. Mal. de l'Oreille, du Laryng.*, 47 : p. 997-1044, novembre 1928.)

Rivetti (P.). — Contributo alla conoscenza ed alla terapia della otite tubarica. (*Pediatria*, 41 : p. 551-555, april 1933.)

Rizzi (G.). — Ricerche batteriologiche sull' otite media nella prima infanzia. (*Arch. Ital. di Otol.*, 41 : 262-274, june 1930.)

Rusesco (A.), Daraban (E.). — Otite latente causée par le bacille d'Hoffmann chez un nourrisson. (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 30 : p. 431-434, juin 1932.)

Salzberger (M.), Rabmovici (E.). — Uber die Bezichungenzwischen Toxicose und Otitis media der Säuglinge. (*Monatschr. f. Ohrench.*, 67 : p. 188-206, février 1933.)

Uriose (C.), Arana. — La succion pueril mediante el chupete causa de las otitis infantiles. (*Rev. de Méd., Rosario*, 2 : p. 180-182, février 1927.)

Wiedeshold (A.). — El sindroma otico en los estados grippales del lactante. (*Rev. Chilena de Pédiat.*, 3 : p. 452-457, novembre 1932.)

Vayssières, Giraud (P.), Sansot. — Hyperthermie du nouveau-né par otite moyenne suppurée. (*Sté de Méd. de Marseille*, séance du 7 juillet 1937 ; in : *Marseille Méd.*, n° 22-23, 5-15 août 1937.)

COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES DE L'OTITE CHEZ L'ENFANT

Anderson (R.-E.). — Gastro-intestinal disturbances in infants caused from middle ear and mastoid diseases. (*New-Orleans M. and S. J.*, 84 : p. 534-539, janvier 1932.)

Ten Bokkel Hinnink (A.). — Relation between otitis media and nutritional disorders in nurslings. (*Maandschr. v. Kindergeneesk*, 7 : p. 91-105, décembre 1937.)

Brokman (H.). — Ueber die Beziehungen der Mittelhrentzündung zu den Durchfallserkrankungen im Kheinkindesalte. (*Schweiz. Med. Wchnschr.*, 64 : p. 208-209, 10 mars 1934.)

Burghi (S.-E.). — Consideraciones solere la etiologia de un caso de otitis media latente con dispepsia secundaria y acidosis. (*Arch. Espan. de Pediat.*, 13 : p. 705-714, décembre 1929.)

Burghi (S.-E.) et Gianelli (C.). — Pertubaciones digestivas y de la nutricion producidas por la otitis media aguda latente en la lactante. (*An. de Fac. de Méd. Montevideo*, 14 : p. 1045-1070, août 1929 ; *Arch. Latino-Am. de Pediat.*, 23 : p. 629-648, août 1929.)

— Troubles digestifs de la nutrition déterminée chez le nourrisson par l'otite moyenne latente. (*Rev. Française de Pédiat.*, n° 6, décembre 1929.)

Cathala (J.), Lorain et Morel (Mlle). — Oto-mastoïdites latentes et états de dénutrition aigus chez les nourrissons. (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 34 : p. 505-519, octobre 1936.)

Champion (A.-N.). — Otitis and nutritional disorders in infancy (*Texas State J. Med.*, 26 : p. 31-34, mai 1930.)

Chapognitch (Mlle). — Sur les rapports qui existent entre l'otite moyenne et les troubles digestifs chez le nourrisson. (*Thèse de Strasbourg*, 1926.)

Dessanco-Chapognitch. — Otite moyenne et troubles digestifs. (*Strasbourg Médical*, 5 juin 1926, p. 227.)

Druss (J.-G.). — Infection of ear, in cases of infection of gastro-intestinal tract in infants. (*Am. J. Dis. Child.*, 43 : p. 356-364, février 1932.)

Ferri (U.). — L'otite latente et disturbi di nutrizione del bambini. (*Lattante*, 10 : p. 143-152, avril 1939.)

Findlay (L.). — Otitis as etiological factor in gastro-enteritis. (*Arch. Dis. Childhood*, 7 : p. 307-312, décembre 1932.)

Fischer (L.). — The gastro-intestinal symptoms of middle-ear suppuration. (*N.-York M. J.*, 1908, LXXXVII, p. 386-388.)

Giraud (L.). — Otite bilatérale chez un nourrisson et troubles digestifs. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 51 : p. 465-467, 7 avril 1927.)

Goldberzanka (J.). — Bacteriologic researches on otitis media in children in connection with intestinal and pulmonary diseases. (*Med. Doswiadez i Spol.*, 17, p. 357, 1933.)

Graeme Mitchell (A.), Merrick, Mc Carthy (F.), Leichliter (John W.) and Seinsheimer (Frank). — Otitis media and its relation ot gastro-enteritis. (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, n° 12, march 23-1929, p. 970.)

Hartung (F.). — Otites e dispepsia na infancia. (*Rev. Brasil de Oto-Rino-Laring.*, 8 : p. 330-334, septembre-octobre 1940.)

Hofmann (L.) et Barwich (M.). — Otite et troubles nutritifs du nourrisson. (*Arch. f. Ohren. Nasen u. Kehlkpfh.*, Berlin, 19 mars 1937, n° 4, t. 142 ; in : *Ann. d. Oto-Laryng.*, n° 9, octobre 1937.)

Johnston (M.-M.), Brown (A.), Tisdall (F.-F.). — Enteral infections in acute intestinal intoxication (in otitis). (*Canad. M. A. J.*, 23 : p. 231-237, août 1930.)

KOENIGSBERGER (E.). — Nutritional disturbances caused by otitis in nurslings. (*Med. Welt.*, 6 : p. 1240-1241, 27 août 1932.)

LÉVESQUE (J.) et PERROT (R.). — A propos des troubles digestifs et des états de dénutrition du nourrisson secondaires à une infection parentérale. (*Bull. Méd. Paris*, 50 : p. 795-799, 28 novembre 1936.)

LITSCHKUS (M.). — Die Otitiden der Säuglinge und der zusammenhang zwischen den Otitiden des Säuglingsalters und den Intoxikationen. (*München Med. Wchnschr.*, 81 : p. 1492-1495, 28 septembre 1934.)

MAIZELS (M.) et SMITH (J.). — Infantile diarrhae with special reference to dehydration and otitis media. (*Lancet*, I : p. 1329-1333, 23 juin 1934.)

MATTE (R.) et ILLANES BENITEZ (L. et O.). — Otitis media latente y trastornos nutritivos en el lactante. (*Rev. Chilena de Pediat.*, 3 : p. 391-407, octobre 1932.)

MINOR. — The ear as factor in causing cerebral disturbance in intestinal and other disorders of infancy. (*Transact. Med. Soc. Tennesee Memphis*, 1894, p. 207-214.)

MITCHELL (O.-G.) et OTHERS. — Otitis media and its relation to gastro-enteritis. (*J. A. M. A.*, 92 : p. 970-974, 23 mars 1929.)

MONTI (P.-C.). — L'otite media purulente e sue complicazione quali cause di disturbi enterici e della nutrizione nel lattante e nel bambino. (*Oto-Rino-Laring. Ital.*, 7 : p. 565-583, décembre 1937.)

MORAGA FUENZALIDA (G.). — Trastornos nutritivos en el lactante producidos por el sindrome otico. (*Rev. Chilena de Pediat.*, 5 : p. 245-254, mai 1934.)

RABBINER (M.). — Otitis infection with gastroenteritis in infants. (*Laryngoscope*, 43 : p. 274-279, avril 1933.)

ROHMER (P.). — Le rôle des infections parentérales (otites) dans les troubles digestifs du nourrisson. (*Bruxelles Méd.*, 13 : p. 405-413, 12 février 1933.)

ROHMER (P.) et SCHNEEGANS (E.). — A propos de la dyspepsie

aiguë du nourrisson, consécutive à une otite. L'importance du traitement alimentaire. (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 34 : p. 405-410, juin 1936.)

SCHNEEGANS. — L'otite et l'antrite du nourrisson et leurs répercussions sur l'état digestif. (*Rev. Franç. de Péd.*, 15 : p. 425-456, 1939-1940.)

SOKOLOW (A.-S.). — Acute nutritional disturbances in relation to infection of middle ear in nurslings. (*Ztschr. f. Kinderh.*, 54 : p. 10-37, 1932.)

SOKOLOW (A.-S.) et STRASCHNIKOWA. — Acute nutritional disturbances in relation to infection of middle ear and mastoid process in nurslings. (*Ztschr. f. Kinderh.*, 54 : p. 321-338, 1932.)

WARREN (W.-C.). — Infectious diarrhea and otitis media in infancy (*Tr. Am. Laryng. Rhin. and Otol. Soc.*, 38 : p. 235-246, 1932.)

WISHART (D.-E.-S.). — Relation of infection of ear and infection of intestinal tract in infants; results of 5 years study. (*J. A. M. A.*, 95 : p. 1084-1089, 11 octobre 1930.)

TABLE DES MATIERES

PAGES

Introduction 11

Observation 13

Symptômes digestifs, au cours des oto-antrites du nouveau-né . 25

Les troubles du transit gastrique au cours de l'infection rhino-pharyngo-otitique 31

Le syndrome météorisme abdominal avec niveaux liquides au cours des états neuro-toxiques 35

Conclusion 45

Bibliographie 47

L'otite du nouveau-né 47

L'otite du nourrisson 48

L'otite latente chez l'enfant 53

Mastoïdite chez l'enfant 55

Infection syndrome malin 60

Mastoïdite latente chez le nourrisson 65

Etiologie de l'otite chez l'enfant 66

Complications gastro-intestinales de l'otite chez l'enfant 68

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).